

este derrame, cuya abundancia es variable, está constituido por sangre líquida.

THIERCELIN y JAYLE han observado en el hígado un puntilleo vascular, manchas equimóticas subcapsulares y manchas pequeñas de color blanco ó ligeramente amarillo, que de preferencia se agrupan en el lóbulo izquierdo y en las cercanías del ligamento suspensor: al microscopio se revelan como pequeñas zonas de degeneración grasosa aguda. Estas lesiones, por lo demás, no son exclusivas á la septicemia peritoneal, sino que también pueden encontrarse en ciertas septicemias médicas, como lo comprueban las investigaciones de HUTINEL y CLAISSE y de ACHALME.

La infección del peritoneo puede limitarse á un solo punto de la serosa ó invadirla en su totalidad: en el primer caso provoca la aparición de una *peritonitis circunscrita*; en el segundo es la *peritonitis difusa ó generalizada*.

Si la infección de la serosa produce accidentes generales en toda la economía, de tal manera graves y violentos que causen la muerte de la operada en algunas horas, se designa este proceso bajo el nombre de *septicemia peritoneal sobreaguda*.

Si la inflamación tiene tiempo de desarrollarse y de evolucionar; si el proceso dura varios días, permitiendo la formación del pus y su depósito en la cavidad del peritoneo, se dice que hay *peritonitis aguda*.

Cuando la duración de los fenómenos peritoneales alcanza un plazo de quince ó más días, la peritonitis se llama *sub-aguda ó crónica*.

Se dice que una peritonitis es *primitiva*, cuando se desarrolla sobre un punto ó zona de la serosa, infectados directamente por los gérmenes sépticos. Cuando la peritonitis reconoce como origen la propagación hasta el peritoneo de flegmasías ó de procesos sépticos de otra naturaleza, nacidos en distintos órganos ó en regiones extra-peritoneales, se la conoce por *peritonitis secundaria*.

Esta clasificación no es absoluta, y existen una gran diversidad de grados intermedios.

La *peritonitis generalizada* es casi siempre el resultado de la evolución de una *peritonitis circunscrita*, como la *peritonitis aguda* está en íntima relación con la *peritonitis crónica*.

Verdaderamente, bajo el punto de vista meramente clínico, no debían existir estas diversas calificaciones de un mismo proceso,

cuyas formas se confunden, se mezclan y se substituyen con notable facilidad; pero las conservaremos como denominaciones de las diversas fases de los distintos episodios que recorre el proceso único de la infección peritoneal.

El aspecto clínico de la septicemia peritoneal post-operatoria, varía presentando modalidades muy diversas.

SEPTICEMIA PERITONEAL SOBREAGUDA.

La evolución de la septicemia peritoneal sobreaguda tiene algo de clásico en su formidable aspecto, que impide que un operador un poco experimentado, la confunda con alguna otra complicación post-operatoria. En este caso, los signos locales desaparecen ante la excesiva gravedad de los fenómenos generales: toda la escena está cubierta por los estragos de la intoxicación fulminante.

Por lo común, el primer día no se nota nada de especial, salvo una ligera agitación de la operada que acusa indefinible mal-estar y una exacerbación de los vómitos con penosa sensibilidad del epigastrio, que se imputan con toda comodidad al cloroformo. Si los vómitos post-anestésicos habían cesado, reaparecen: las materias vomitadas están constituidas por saliva, jugo gástrico y pequeñas cantidades de bilis.

Los vómitos son constantes, violentos, incoercibles; el más ligero movimiento de la operada, el ruido más suave que perciba, el olor de cualquier substancia aromática, los reproducen con extraordinaria facilidad. Estos vómitos irresistibles y casi subintrantes unos á los otros, martirizan á la operada produciéndole vivos dolores al nivel de la herida abdominal y en la profundidad de su vientre; la agotan por el constante esfuerzo para arrojar de su estómago vacío alguna que otra mucosidad, y la llevan á un alto grado de desesperación y de violencia intelectual.

Cada esfuerzo de vómito es seguido de lamentos y de quejidos por parte de la operada, y son y serán hasta el fin, el escollo donde se estrellan todo el afán y toda la terapéutica del Cirujano.

A medida que la enferma se cansa y se agota, los vómitos disminuyen en intensidad, aunque no en frecuencia, y van transformándose hasta hacerse verdaderas regurgitaciones. Algunas veces se ven reemplazados por un pequeño esfuerzo abdominal de la operada, seguido de una especie de grito gutural ahogado, sin producción de materias vomitadas.

Según la evolución de la septicemia, las materias vomitadas van cambiando de carácter, hasta hacerse verdes, fecaloides, porráceas ó hemorrágicas.

Desde las quince ó veinte horas de iniciado el proceso, la enferma comienza á presentar signos característicos de él. La cara es particular; la nariz aflada, los ojos hundidos en círculos amaratados, el tinte subictérico, la boca ligeramente crispada y los músculos faciales cutáneos en contracción ligera, le imprimen á la paciente un aspecto especial que se conoce por *facies peritoneal*. La lengua se seca, se enrojece primero, y luego se blanquea, se ennegrece, se pone como tostada y toma todo el aspecto de una lengua de enfermo grave de fiebre amarilla ó de tifo exantemático.

La vejiga se paraliza completamente y la retención de orina es absoluta: más tarde aparece la anuria por extensión á los riñones del proceso septicémico general.

La parálisis intestinal es completa: la emisión de gases por el ano se suspende y el meteorismo se hace más y más acentuado, aun cuando nunca alcance las proporciones que logra en la peritonitis aguda. Durante los esfuerzos de vómito, algunos gases estomacales se escapan por la boca.

El pulso, al principio, se encuentra amplio, duro y frecuente; luego, á medida que va ganando en frecuencia, va perdiendo en fuerza y se hace blando, depresible, irregular y pequeño, para terminar filiforme y miserable. Su número sube sin cesar alcanzando la cifra de 140, 150 y aun más.

La piel, que era seca y áspera, se cubre de un sudor espeso y frío, acentuado particularmente en la cara.

La respiración se acelera, se hace anhelante, y algunas veces ortopneica.

Un hipo duro, frecuente y tenaz, contribuye á destruir la poca resistencia de la enferma.

La temperatura al principio normal, comienza á descender y llega á 36°5, á 36° y aún á 35°: muy excepcionalmente sube y alcanza cifras como 38°, 39° ó 40°.

El vientre es poco ó nada doloroso en las cercanías de la herida abdominal.

Con una rapidez variable, según la intensidad y la virulencia de la infección, todos los signos se agravan, la inteligencia se pierde, llega el coma y la operada muere tranquilamente.

La muerte es algunas veces consecuencia de un síncope cardíaco; pero siempre llega en medio de cierta calma, y casi sin agonía.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

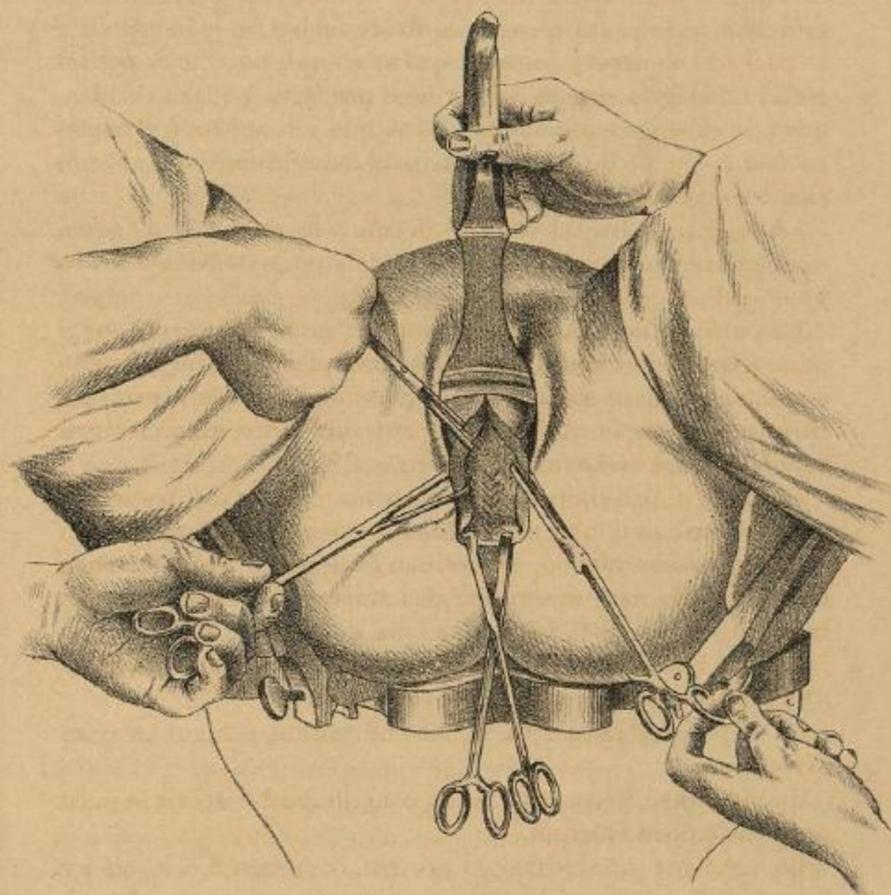


Fig. 85.—Tercera aplicación de las pinzas en la histerectomía de Doyen.

termina la enferma de sufrir las consecuencias de la tremenda lucha de una infección terrible sobre un peritoneo casi indefenso.

En medio de todos estos síntomas hay algunos signos que merecen un estudio más atento, porque tienen desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, una gran importancia.

EL PULSO.—La frecuencia en el número de las pulsaciones es un signo patognomónico de la septicemia peritoneal.

Mientras el pulso permanezca á 90 ó 95 por minuto, se puede estar tranquilo; si sube á 100 ó 110, el Cirujano debe preocuparse por un peligro próximo; pero si el pulso llega á 140 ó 150, su operada puede considerarse casi fatalmente perdida. Sólo dos veces he observado enfermas de septicemia peritoneal, que á pesar de tener 150 pulsaciones por minuto, hayan sobrevivido; todas las demás han muerto muy rápidamente.

Esta frecuencia se halla en íntima relación con la depresibilidad y la pequeñez del pulso. No menos frecuente es la arritmia.

Se ve que el pulso es un gran elemento de diagnóstico en la septicemia peritoneal; pero lo es aún mayor, de pronóstico. *Las enfermas de septicemia peritoneal tienen escrito su pronóstico en la región del pulso: nada más fácil que leerlo.*

Se entiende, que las indicaciones del pulso variarán en los enfermos en que lesiones cardíacas, renales ó causas de otro origen, puedan explicar esta locura del corazón; pero no queda menos cierto, que excluidas estas causas, el pulso es la guía fiel y el consultor seguro del clínico operador.

LA TEMPERATURA.—Es el foco de indicaciones más falsas, más infieles y más perjudiciales que pueda encontrar un Cirujano poco experimentado. Es de universal conocimiento que toda infección se acompaña de elevación de temperatura y que no hay operador, por inexperto que sea, que al observar después de una operación un ascenso en el termómetro, no pronuncie esta palabra: infección. Pues, sí, es infección; pero infección curable, relativamente lenta, si hay pulso lento, es decir proporcionado su número al grado de la temperatura. Pero después de una intervención abdominal podremos ver la temperatura normal, el termómetro fijo, y descansaremos en él, olvidando el pulso, hasta que fenómenos mortales nos indiquen que en este caso hubo infección, sin fiebre es cierto, pero mortal en cambio. Las temperaturas bajas con elevación del pulso, no deben tranquilizar á nadie. Las sep-

ticemias apiréticas son incomparablemente más graves que las septicemias febriles.

La temperatura *por sí misma, como único signo*, no tiene gran valor en Cirujía abdominal. Esto es cierto, desgraciadamente; y sin temor de generalizar, se puede aceptar la regla.

Los VÓMITOS.—Por sí mismos no tienen gran significación: únicamente su duración más allá de las primeras 50 horas ó su reproducción hacia el segundo ó tercer día, después de un período largo de calma, harán temer una complicación peritoneal.

La naturaleza de ellos no entraña ninguna indicación, y aun cuando no faltan operadores que propongan el lavado del estómago en los casos de septicemia peritoneal, con vómitos fecaloides, esta indicación no ha hecho fortuna en la terapéutica usual.

EL METEORISMO.—Desde que he proscrito el uso del opio y de sus derivados, en el tratamiento post-operatorio de la histerectomía, el meteorismo ha dejado casi de observarse en mi clínica. La elevación del vientre tiene para mí un pronóstico siempre desagradable. Ciertamente que hasta la más grave de las septicemias peritoneales puede evolucionar sin modificar la tensión de las paredes abdominales; pero no es menos cierto que el uso sistematizado de la estriquina en alta dosis y la abstención de los estupefiantes, impidiendo el meteorismo post-operatorio, antes casi de regla, le dan cuando se presenta, un aspecto de gravedad bastante formal.

Es preciso desconfiar siempre de la elevación timpánica del vientre, sobre todo si se presenta del primero al quinto día después de la operación.

EL FACIES PERITONEAL.—Para un operador ejercitado, la cara de la operada con su tinte amarillento sucio, con su mirada errante y viva, con la nariz afilada, los ojos hundidos y la boca entreabierta y ligeramente contraída; con su respiración acelerada, la voz hueca, profunda, entrecortada y con todo ese conjunto de signos exteriores casi clásicos, el diagnóstico de una complicación peritoneal no ofrece mucha obscuridad. De ninguna manera el *facies* tiene la importancia del pulso, por ejemplo, ni podría por sí sólo servir para el establecimiento de un diagnóstico, pero sí posee una gran importancia, que reunida con los signos ya estudiados antes, es de primer orden.

El diagnóstico de la septicemia peritoneal es casi siempre fácil: con lo único que podría confundirse sería con la *oclusión intestinal*. Este diagnóstico es imposible de hacer cuando la septicemia peritoneal se acompaña del estrangulamiento del intestino.

En la septicemia sin estrangulamiento, la ausencia de gases y de materias intestinales es menos absoluta; los vómitos son menos frecuentemente fecaloides; la elevación del vientre se generaliza muy rápidamente; la sensibilidad del abdomen es algo más marcada y las modificaciones del pulso muy precoces.

El signo de BRIQUET y de VELPEAU, auscultación del ciego mientras se impulsa una inyección forzada por el ano; el signo de WAHL, meteorismo extremo y rápido del asa estrangulada, reconocible por la vista, la palpación y la percusión; y el signo de SCHLANGE, dilatación y movimientos peristálticos del intestino arriba del obstáculo, pueden tener alguna importancia cuando existen, para sostener la idea de una oclusión intestinal.

La *marcha* de la septicemia peritoneal sobreaguda está subordinada á la virulencia de la infección y á la resistencia del organismo. Una septicemia generalizada á toda la serosa abdominal mata en unas cuantas horas: tengo una observación en la que desde los primeros signos, hasta la muerte de la operada transcurrieron solamente cinco horas. Pero esto no es lo común, y por lo regular la septicemia peritoneal sobreaguda mata en un plazo de 20 á 40 horas.

La curación puede observarse en las formas circunscritas y de mediana intensidad; pero en las formas graves y generalizadas, preciso es no hacerse ilusiones: hágase lo que se haga, la única terminación del proceso es la muerte rápida y fatal de la operada.

PERITONITIS AGUDA.

En la *peritonitis aguda* la marcha es menos brutal que en la septicemia sobreaguda, y por consecuencia los síntomas presentan una sucesión menos violenta.

El principio de la peritonitis aguda se señala, por lo común,

con uno ó varios calofríos intensos, y la temperatura sube rápidamente á 39, 40 y aun 41°

Junto con la elevación de temperatura, se presenta el dolor: localizado al principio en un punto determinado del abdomen, no tarda en difundirse, generalizándose á todas las regiones del vientre.

El dolor es extremadamente agudo y el menor movimiento, el toque más ligero al vientre, lo hace insoportable.

Las enfermas permanecen en el decúbitus dorsal, levantados los muslos y dobladas las rodillas: inmóviles, con la respiración anhelante; no toleran ni aun el peso de las sábanas, y sus facciones, ya descompuestas, expresan, á la aproximación del Cirujano, el terror que sufren ante la idea de una exploración en el vientre.

Los vómitos son constantes. Comienzan mucosos ó biliosos, para hacerse después verdosos, porráceos, fecaloides.

Durante los intervalos de los vómitos, un hipo duro y sacudido, martiriza aun más á la paciente.

La parálisis intestinal es absoluta.

El meteorismo es un signo que desde el principio se presenta con caracteres de gravedad, y no pocas veces es el primer detalle que impresiona la atención de las enfermas. La curación del vientre, dicen ellas, la sienten más apretada, y solicitan con insistencia la modificación del vendaje.

El desarrollo del meteorismo es, por lo general, muy rápido. Alcanza pronto grandes proporciones y en unas cuantas horas el vientre se hace tenso, el timpanismo á la percusión invade las zonas de macidez, y solamente alguna que otra asa de intestino se dibuja al través de los tegumentos abdominales, distendidos al máximo.

Desde que la peritonitis se inicia, el pulso se hace frecuente, alcanzando cifras más y más elevadas; de amplio y duro se convierte en blando, pequeño, filiforme y miserable.

La lengua, por su creciente desecamiento, se pone saburral y tifoide. La piel se hace áspera, seca, y solamente se cubre de sudores nocturnos cuando la formación del pus comienza.

La orina se acumula en la vejiga por la parálisis de este órgano, y la secreción renal se hace escasa é incompleta. La retención en la sangre de los productos sépticos aumenta el peligro de la absorción incesante que de ellos se hace, tanto en la superficie peritoneal como en la mucosa del tubo digestivo.

La inteligencia se conserva, durante los primeros días, intacta;

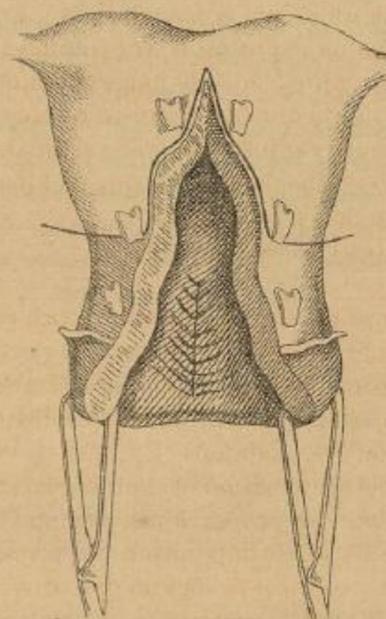


Fig. 86.—Esquema, mostrando los puntos diversos para la aplicación de las pinzas en el método de Doyen.

pero cuando la marcha del colapsus aproxima el coma, el delirio sobreviene y luego las facultades cerebrales se abolen.

La muerte se hace esperar varios días. Cuando el fin se aproxima, los dolores se apaciguan, los vómitos y el hipo se calman ó desaparecen, el corazón se debilita, haciéndose el pulso aun más pequeño é irregular, y la muerte llega, por lo común, sin grandes sufrimientos.

No siempre es fatal el desenlace de la peritonitis aguda: los síntomas graves pueden disminuir, el estado general mejorarse y el proceso inflamatorio agudo pasar al estado crónico.

La *peritonitis crónica ó sub-aguda* se establece.

Los vómitos y los dolores se apaciguan, la temperatura baja á la normal, pudiendo ofrecer exacerbaciones vespertinas, y no tardan los signos de derrame peritoneal en manifestarse.

El derrame peritoneal reviste los caracteres de la supuración, y la intoxicación general continúa acentuándose.

La constipación y el meteorismo continúan rebeldes á la medicación, y en un plazo de 15 ó 20 días, las enfermas sucumben en el marasmo y la caquexia septicémica.

El *diagnóstico* de una peritonitis es por lo general fácil.

La septicemia peritoneal aguda, post-operatoria, confirma su existencia en un conjunto de síntomas cuya concordancia es decisiva. Las modificaciones del pulso, la marcha de la temperatura, la sucesión rapidísima de todos los fenómenos infecciosos, rara vez permiten desconocer la naturaleza de los accidentes.

Las otras variedades de peritonitis tienen un cuadro de síntomas de tal manera claros, que su confusión con otras enfermedades no es fácil.

La *oclusión intestinal primitiva*, el *cólico intestinal*, la *hemorragia interna*, son accidentes que podrían imponerse por una peritonitis; pero el análisis detenido de los síntomas y la marcha de los fenómenos clínicos, disipan bien pronto la duda.

El *pronóstico* es siempre muy grave. La septicemia peritoneal aguda es casi siempre mortal, y las infecciones peritoneales menos violentas, no obstante el inmenso beneficio que han obtenido con los métodos terapéuticos modernos, no han perdido enteramente el alto carácter de gravedad de su terminación.

Llegamos al punto verdaderamente importante del estudio de

las septicemias peritoneales post-operatorias; es decir, á su tratamiento.

Para mostrar qué consecuencias tan formales tienen sobre él los conocimientos generales que hemos procurado adquirir sobre la patogenesia de la infección peritoneal y qué influencia no menos importante tienen sobre el resultado final, la pericia y la experiencia del médico tratante, citaré las observaciones siguientes, que me son personales y de las que, si algunas salen de la índole especial de este libro, pues no son casos de histerectomía, su importancia como afecciones sépticas del peritoneo me impele á asentirlas aquí.

Quizás mi susceptibilidad como cirujano se resienta un poco con la publicación de estos hechos; pero medítese al analizar estas observaciones, que las primeras de ellas corresponden al período de mi iniciación quirúrgica, cuando aun no obtenía la habilidad y destreza propias á un cirujano experimentado. Con deliberada intención elegí los casos siguientes, entre mi numerosa estadística de peritonitis post-operatorias. (18 casos).

OBSERVACIÓN I.

La Sra. Teófila Peralta, de 54 años de edad, soltera, nulípara, sin diátesis ostensible, domiciliada en México por el barrio de la Palma.

Padece de abundantes meno y metrorragias, de dolores abdominales intensos que le impiden el ejercicio de sus labores domésticas; es muy constipada, orina con dificultad y presenta calambres y neuralgias frecuentes en los miembros abdominales.

Le reconozco un gran tumor pélvico y abdominal, que diagnóstico fibro-mioma uterino: los anexos no se perciben.

El 16 de Junio de 1897 la cloroformamos, y le practico la histerectomía abdominal de CHROBAK. Extraigo un tumor muy voluminoso constituido por el útero y cribado de innumerables masas de fibro-miomas. Cierro convenientemente el vientre.

Día 16, en la tarde: Temperatura, 37°, 2. Pulso 85. Estado general satisfactorio. Muchos vómitos. Retención de orina que exige el cateterismo de la vejiga.

Día 17 en la mañana: La enferma está muy inquieta, los vómitos continúan muy acentuados, la orina se detiene aún en la vejiga: hay algo de hipo y ligero meteorismo. Temperatura, 37° Pulso, 100. Inyecciones de suero artificial y de estriénina. Hielo en el vientre.

El mismo día en la tarde: Agitación muy marcada, meteorismo muy pronunciado, vientre bastante doloroso, vómitos biliosos, hipo constante, dispnea y descomposición de la cara. Temperatura, 37° 4. Pulso, 130.

Nuevas inyecciones de suero artificial, de estriénina y de caféina. Lavado del recto con solución de permanganato de potasa. Administración de calomel, por la vía estomacal.

Día 18. Agitación extrema, ortopnea, vientre muy elevado y muy doloroso, regurgitaciones porráceas, *facies peritoneal*, pulso filiforme, á 140, temperatura, 38°.

A las cuatro de la tarde, muerte.

OBSERVACIÓN II.

Manuela Rosas, de 43 años de edad, viuda, nulípara, con antecedentes blenorragicos datando de diez años: fué operada por mí el día 22 de Mayo de 1897, por un pio-salpinx izquierdo. Domiciliada en la calle de San Lorenzo número 9.

El día que la veo, Julio 15 de 1897, tiene un tumor en la fosa iliaca derecha, con todos los caracteres de una colección purulenta anexial. La opero el día 26 de Julio de 1897, de histerectomía vaginal, y extraigo una bolsa salpingea del lado derecho, que se desgarró al salir y vierte pus fétido en abundancia. Dejo la vagina abierta y coloco en su cavidad una tira de gasa yodiformada suavemente colocada.

La tarde de ese día fué buena: Pulso, 86. Temperatura, 36° 8. Micción voluntaria. No hay vómitos.

Julio 27.—Temperatura, 37°. Pulso, 96. Se han presentado vómitos biliosos. El estado general parece bueno.

En la tarde: los vómitos son muy frecuentes, hipo constante, vientre poco doloroso y casi nada timpánico, las facciones descompuestas, la lengua seca, la respiración anhelante. Pulso á 150. Temperatura, 37° 5. Inyecciones de alcohol, de caféina, de estriénina, hipodermoclasia con 800 gramos de suero artificial.

A las 10 de la noche, muerte casi sin agonía.

OBSERVACIÓN III.

Angela Díaz, natural de Tlalpam, 40 años de edad, casada, múltipara; partos buenos todos. El último hijo tiene siete años.

Domicilio: calle Humboldt. Abundante leucorrea desde hace cinco años, y desde hace uno, grandes menorragias. Los dos últimos meses los ha pasado con un escurrimiento sanguíneo constante, por la vagina. No recuerda desde cuándo comenzó a sentir fiebre ligera en las tardes; pero lleva algún tiempo de tener elevaciones vespertinas de temperatura que nunca pasan de 38 ó 39°, como máximo.

Encuentro en el vientre un tumor uterino que diagnostico fibromioma. Los anexos uterinos parecen pio-quísticos.

El 24 de Marzo de 1898 le practico la histerectomía supravaginal intra-peritoneal por mi procedimiento, y extraigo el útero lleno de masas voluminosas de fibro-miomas. Las trompas estaban quísticas y purulentas, y en el ligamento ancho derecho había un pequeño absceso que abrí repentinamente y que contaminó el peritoneo.

Día 24 en la tarde: mucha agitación, hipo, vómitos incoercibles. Temperatura, 36° 7. Pulso, 92. Retención de orina. Inyecciones de estricnina y caféina. Hielo al vientre.

Día 25 en la mañana: agitación extrema, regurgitaciones porráceas, colapsus, descomposición de la cara, retención de orina, ligera elevación del vientre. Temperatura, 36° 5. Pulso, 150. Inyecciones de suero artificial de caféina y de aceite alcanforado.

A las doce del día, muerte.

OBSERVACIÓN IV.

Matías Hernández, 53 años, antecedentes hereditarios nulos; hace como 20 años cayó de un caballo y recibió un golpe en el vientre. Desde hace diez años notó un tumorcito abdominal que ha ido creciendo día á día. Domicilio: calle Estanco de Hombres. Enfermo de la clientela del Dr. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ.

Presenta un vientre descomunal: al nivel del ombligo 1m. 20 cent. de circunferencia. Accidentes graves de asfixia, edemas enormes de las piernas, amenazas de muerte por compresión torácica. Las punciones no dan sino unas gotas de un líquido coloide muy espeso. El estudio clínico del enfermo me induce á creer en un carcinoma del gran epiplón: opinan igualmente mis colegas Dres. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ, NUMA TORREA, ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO, JESUS VALDÉS SÁNCHEZ y MENDOZA FERNÁNDEZ.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

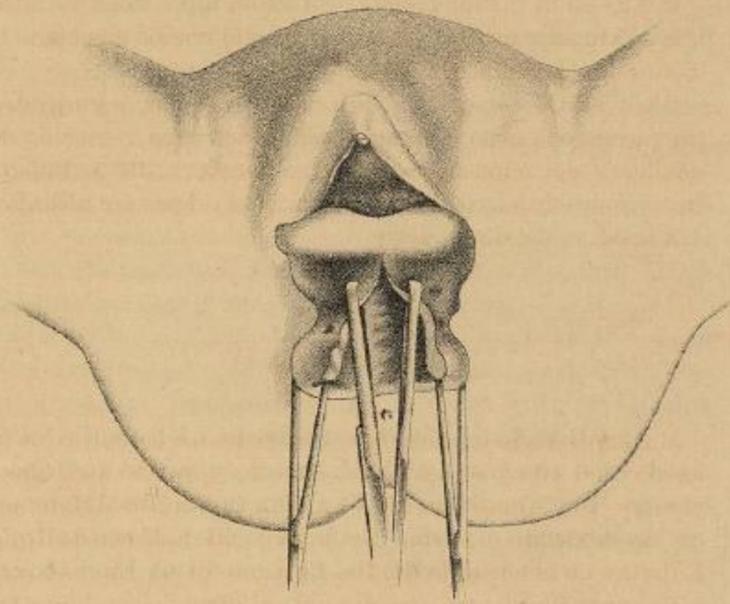


Fig. 87.—Extracción del útero, que continúa sostenido por los ligamentos anchos. (DOYEN).

Recurro á la laparotomía de urgencia, y después de una incisión abdominal enorme, logro extraer un monstruoso carcinoma del gran epiplóon, cuyo peso fué de *treinta y ocho* kilos. La disección del tumor fué en extremo laboriosa y la hemorragia muy abundante. Cierro el vientre, dejando lleno el peritoneo con suero artificial, é inyectamos en la vena mediana basílica izquierda, 1,000 gramos de solución de cloruro de sodio al 6 al millar. La operación la ejecuté en mi Sala de operaciones, el día 20 de Mayo de 1898, ante numerosísima asistencia de médicos y estudiantes de medicina.

20 de Mayo en la tarde: estado general bastante bueno. Temperatura, 36° 6. Pulso, 85. Retención de orina. — Inyecciones de estriquina y de la solución llamada fisiológica.

21 de Mayo á las 2 a. m.—Buen estado. Temperatura, 36° 8. Pulso, 83. Micción espontánea abundante. El enfermo ha dormido algo. Respiración regular, tranquila.

21 de Mayo á las 8 a. m.—Continúa la mejoría. Toma 100 gramos de leche y no los vomita.

21 de Mayo á las 10 p. m. El operado ha pasado un día bueno: está muy animado y espera curar pronto. Temperatura, 36° 5. Pulso, 90.

22 de Mayo á las 11 a. m.—El enfermo pasó mala noche, está inquieto, ha vomitado algo, tiene una sed insaciable, el vientre se ha elevado bastante. Temperatura, 37° 2. Pulso, 120. Hipodermoclasia con 500 gramos de suero artificial.

22 de Mayo á las 2 p. m.—Situación grave: respiración acelerada, *facies peritoneal*, vientre muy elevado, escasez de orina, vómitos porráceos. Temperatura, 36° 2. Pulso, 150. Inyecciones de aceite alcanforado, de éter, de cafeína y estriquina.

El enfermo se mejora, pero á las 5 de esa tarde hace un esfuerzo, se endereza en su cama, y cae con un síncope, ante la vista del Dr. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ. Todos los esfuerzos por reanimarlo son infructuosos: Hernández muere.

OBSERVACIÓN V.

La Señora Concepción C. de N. . . . de 38 á 40 años de edad, casada, leucorreica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo constantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que, aunque intermitente, le escorúa la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . ha concluido por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística*, y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas infructuosas, la ooforo-metro-salpingectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engrosamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. JOAQUIN VÉRTIZ, NUMA TORREA, RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, ORTIZ, VARGAS, MONTENEGRO y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta, y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engrosamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los gruesos vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso reseca el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno, en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la opera-

ción y augurando una rápida y venturosa curación, á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, ligeros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente, bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura, 37°.

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi inconstante, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estriquina, cafeína, esparteina y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6%, en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad, y pasé

por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos, el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió, y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Stes. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUIN VÉRTIZ y mis amigos los Dres. ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO y RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobreaguda* y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar, diré que, ocho días después, le retiré los tubos, y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. VÉRTIZ y CHACÓN, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

OBSERVACIÓN VI.

La Señorita M. G. V., soltera de 26 años, con antecedentes tuberculosos y neuropáticos, sufre desde hace cinco años un padecimiento abdominal, cuya intensidad ha sido tal durante los últimos dos años, que ha obligado á esta pobre niña á pasarlos en cama, sin movimiento y sin consuelo.

Principió por un dolor acentuado en el hipogastrio, que no tardó en extenderse á las regiones iliacas y de aquí á todo el vientre. La constipación era intensa y rebelde, interrumpida de vez en cuando por episodios diarréicos de extremada abundancia.

Los dolores abdominales se exacerbaban muchísimo al aproximarse estas crisis intestinales, el pulso se elevaba, el vientre se meteorizaba, la temperatura subía á 38° ó $38^{\circ}5$, y todo volvía á apaciguarse cuando la temporada diarreica se iniciaba. La Señorita M. asegura muy formalmente haber arrojado, en dos ó tres ocasiones, grandes cantidades de pus, durante sus evacuaciones paroxísticas; pero el Sr. Dr. H., su médico de cabecera, asegura lo contrario.

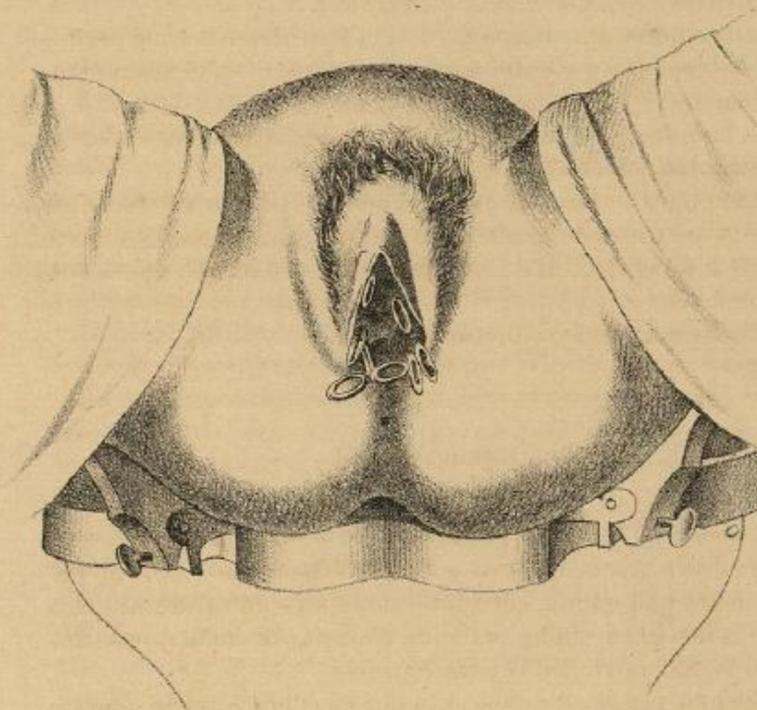


Fig. 38.—Aspecto exterior de la vulva, después de la histerectomía de Doyen.

Sus digestiones son muy difíciles y todas las tardes sufre accidentes dispépticos marcados.

Algunas veces suele suceder que sus dolencias se apaciguan, su vientre se afloja y suaviza, su constipación cede y el estado general se mejora; pero estas euforias son enteramente transitorias, y bien pronto redoblan sus padecimientos, adquiriendo algunas veces caracteres de verdadera gravedad.

El día que por primera vez la estudié, llevaba ya un mes de crisis y dos años de no levantarse de su cama. Encontré una señorita bien constituida, de aspecto sufriente, notablemente instruída y de rara inteligencia. Con verdadero derroche de ingenio y de atención, me contó lo que á grandes rasgos llevo dicho ya.

Nada extraordinario ofrece en ninguno de sus órganos extraños al abdomen. Todo su padecimiento está ahí.

El vientre estaba muy elevado y timpánico en toda su extensión. El hígado, el bazo, los riñones, el estómago, parecían sanos.

Aun cuando el dolor se marcaba en todo el vientre, con algo de cuidado podía observarse que era mayor en la zona hipogástrica y que sobre las regiones ováricas tenía sus focos más intensos.

El útero podía percibirse ligeramente y los anexos se notaban crecidos: esta exploración era extraordinariamente dolorosa.

La fosa iliaca izquierda estaba ligeramente oscura á la percusión, y en ella se marcaba una zona submate de forma alargada y de gran diámetro vertical. Dos purgantes suaves no hicieron desaparecer esta zona de submacez.

Los períodos menstruales eran irregulares en cantidad y fecha: había algo de dismenorrea.

Desde luego mi atención se dirigió á la pelvis y mi diagnóstico fluctuaba entre una *ooforo-metro-salpingitis* con *para-metritis* y *peritonitis crónica*, un *absceso pélvico fistuloso* y una *peritonitis tuberculosa*.

Deseché la idea de un *absceso pélvico fistuloso*, por la falta de mi constancia personal del pus en las evacuaciones, por la falta de la hecticidad ó de la septicemia crónica, por la ausencia de grandes fiebres en el anamnéstico y por la carencia de etiología clara para demostrar dicho absceso.

Rechacé la *peritonitis tuberculosa*, por la ausencia de ganglios mesentéricos inflamados, por la falta de derrame intra-peritoneal, por la gran duración del proceso y por el perfecto estado de todos sus órganos abdominales superiores y torácicos.

Acepté de plano la idea de una *ooforo-metro-salpingitis*, con *inflamación crónica del parametrium y del peritoneo pélvico*.

El médico de cabecera aceptó mi modo de juzgar y propuse la laparotomía con toda formalidad.

El día 15 de Agosto de 1897 la realicé, y he aquí la descripción de ella:

La incisión abdominal tuvo, desde luego, el detalle curioso de no haber encontrado verdadera *línea blanca*, sino la modalidad anatómica de las aponeurosis abdominales anteriores, que describo en mi trabajo: "*Sutura abdominal después de la laparotomía.*"

El peritoneo parietal estaba notablemente vascularizado y su corte sangró bastante. El peritoneo visceral, muy particularmente el del intestino delgado y el de la ampulla cólica, ofrecía placas de despulimento y marcada aspereza, como del diámetro de un peso, y algunas mayores aún. El útero estaba muy congestionado, grueso y con bridas organizadas que lo retenían en retro-flexión.

Los anexos: el izquierdo, poliquístico el ovario y dilatada y enormemente congestionada la trompa; el derecho, la trompa hidro-quística y un pequeño hemato-quiste en el ovario.

Todo el peritoneo pélvico estaba rojizo y sembrado de pequeñas adherencias filamentosas, bien organizadas.

Procuré limpiar la serosa pélvica de esas adherencias; resequé la trompa y el ovario izquierdos, la trompa derecha y la mitad del ovario derecho.

Al dejar en la pelvis un fragmento de ovario—que suponía sano—me impulsó la idea de procurar evitar, en lo posible, los accidentes de menopausa artificial.

El útero, libre de sus conexiones inflamatorias, quedó en su posición normal.

El resto de la operación no ofreció nada de interés.

La Señorita M. . . . despertó del cloroformo sin muchos dolores, con pocas náuseas y casi tranquila.

La tarde de ese día fué relativamente buena.

A las ocho de la noche: calosfríos repetidos, malestar acentuado, vómitos mucosos, ligero meteorismo. Temperatura 37.9. Pulso 90. No ha orinado y hay que recurrir al cateterismo de la vejiga. A las doce de la noche: Los calosfríos han cesado, la agitación es mucho mayor, dolores abdominales muy agudos, respiración anhelante, meteorismo acentuado, facies peritoneal, vómitos porráceos: Temperatura, 37.4. Pulso, 120.

Agosto 16 de 1898.—A las tres de la mañana, la situación casi perdida. Pulso á 150. Hipo, regurgitaciones porráceas, delirio

tranquilo, meteorismo enorme, parálisis intestinal y vesical completas, piel seca y áspera, cara agónica y respiración difícil.

Inyecciones hipodérmicas de estriénina, cafeína y aceite alcanforado. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

A las ocho de la mañana: la misma situación. La señorita G. V. se dispone á morir, recibiendo la extremaunción.

A las diez de la mañana: la gravedad es espantosa; la muerte parece inminente. Haciendo un esfuerzo irresistible de energía y valor quirúrgicos, y á pesar, casi, de la familia y personas allí presentes, el Dr. TORREA cloroforma á la paciente y yo le abro ampliamente la cavidad peritoneal al través del fondo de Douglas. Escurre gran cantidad de líquido sero-sanguinolento. Pongo dos tubos en la cavidad pélvica y hago un lavado muy abundante de la serosa, con solución cloruro sódica al 6‰ bien caliente. Inyección intra-venosa de 1,500 gramos de suero artificial.

A las cinco de la tarde: nuevo lavado del peritoneo pélvico. Inyecciones de cafeína y estriénina. Hielo sobre el vientre. Purgante de calomel y Jalapa.

Día 17 de Agosto.—A las siete de la mañana: micción espontánea y abundante. Una evacuación líquida y gases intestinales. Pulso, 100. Temperatura, 38°.

Días siguientes.—La situación va mejorando rápidamente, el peligro desaparece y el 28 de Agosto puedo dejar á la enferma y regresar á México.

OBSERVACIÓN VII.

Amada Rodríguez, 31 años, casada; ha tenido tres hijos y sus tres partos han sido buenos: el último fué en 1891. Desde entonces accidentes de metritis que parecen relacionarse con el trabajo puerperal. No hay antecedentes blenorragicos. Domiciliada en la calle de la Aduana Vieja. Enferma de la clientela del Sr. Doctor JOSÉ T. BARRIGA.

Actualmente, Abril 8 de 1891, la enferma sufre de dolores en el abdomen.

Estos dolores han aparecido hace quince días, coincidiendo con una metrorragia abundante.

El dolor es agudo, pulsátil y pasajero: acostada sufre menos la enferma.

Examinando el vientre, se ven en las regiones iliacas dos pequeños relieves, más acentuado el de la derecha que el de la izquier-

da. Corresponden á dos tumores muy dolorosos, que parecen situados en los anexos uterinos.

La aparición de estos tumores fué brusca y correspondió al principio de los accidentes actuales.

El cuello del útero está dirigido hacia adelante y un poco hacia arriba, dando á entender que el fondo de la matriz está fuertemente dirigido hacia atrás y hacia abajo.

El tacto vaginal da pocos datos. Solamente enseña que el útero está inmóvil y que hay una gran tumefacción en toda la pelvis, más marcada del lado derecho. Al sacar el dedo, escurre algo de moco purulento.

Hago el diagnóstico de *hemato-salpinx*; quizás por aborto tubario incompleto.

Hago la laparotomía mediana, el día 12 de Abril.

La mano introducida en la pelvis, busca y encuentra los anexos izquierdos: el ovario y la trompa se notan enfermos, y hago la esteriorización de ellos. Ligadura y cauterización del pedículo con el termo-cauterio.

Busco los anexos del lado derecho y los encuentro enormemente dilatados y adherentes. Estas adherencias son blandas, filamentosas, mezcladas con un exudado fluido, de poco color y sin aspecto purulento.

En el ligamento ancho de ese lado, noto un tumor entre sus dos hojas.

Con muchas dificultades logro pediculizar y extraer la trompa y el ovario derechos: separo las hojas peritoneales del ligamento ancho y encuentro un hematocele voluminoso. Vacío el contenido, coágulos sanguíneos de color muy oscuro, procurando vaciar bien la bolsa y extirpar la membrana hematogena. Hacia la base del ligamento encuentro el ureter derecho, é inesperadamente lo hiero con las tijeras, haciéndole una pérdida de substancia parcial, que abre lateralmente su luz, en una extensión como de cinco milímetros. Suture el ureter con sumo cuidado. Cierro el ligamento ancho por una sutura profunda y otra superficial, y cierro como es debido la cavidad abdominal.

Abril 12. En la tarde.—Vómitos, que atribuyo al cloroformo. Temperatura, 36°5. Pulso, 86. Buen estado general. Inyección de 250 gramos de suero artificial. Cateterismo vesical.

Abril 13. En la mañana.—Han cesado los vómitos. Temperatura, 37°. Pulso, 83. Micción voluntaria escasa. Postración ligera. Inyección de 100 gramos de suero artificial.

En la tarde: Temperatura 37°2. Pulso 80. Buen estado ge-

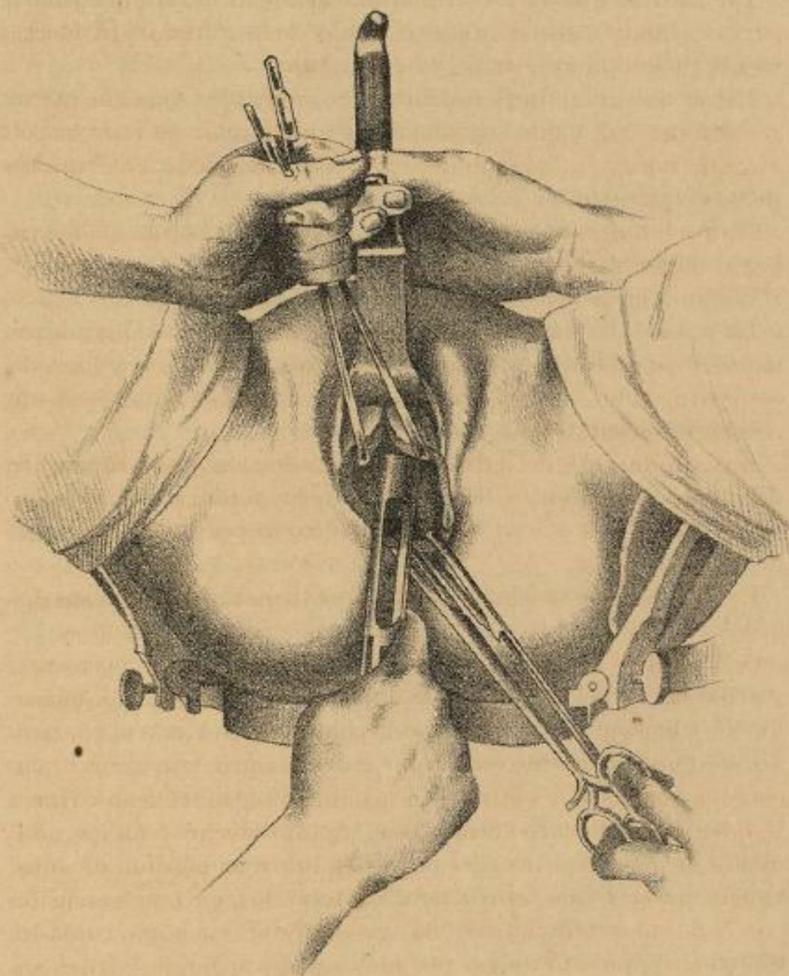


Fig. 89.—Vaciamiento del útero con el tubo cortante, en la histerectomía vaginal de Doyen.

neral. Se le puso una lavativa de 300 gramos de leche, que no volvió.

Abril 14. En la mañana.—Inquietud marcada: pasó muy mala noche. Han reaparecido los vómitos, que son verdosos. Dolor intenso en el vientre. Meteorismo acentuado. Pulso, 120. Temperatura, $36^{\circ}2$. Facies peritoneal. Delirio bastante acentuado.

A las 3 de la tarde: Pulso, 150, casi incontable, pequeño é intermitente. Temperatura, 36° . El delirio ha disminuído mucho; pero la enferma está de tal manera postrada, que la muerte parece inminente. Vómitos porráceos.

Inyecciones de éter y aceite alcanforado. En unión de los Drs. JOSÉ T. BARRIGA y NUMA TORREA, sin anestesia, le hago una amplia colpotomía posterior: escurre un líquido sero-sanguinolento de bastante mal olor. Con el índice de la mano derecha procuro reconocer los muñones del útero: el izquierdo no logro alcanzarlo; pero el derecho sí y no encuentro nada extraño: el ligamento ancho de ese lado está tenso y parece resistente. Procuro destruir las suturas de su borde superior y consigo hacer dos ó tres desgaraduras con el dedo.

Coloco dos *drains* gruesos en la cavidad de la pelvis y hago un gran lavado del peritoneo pélvico con solución de cloruro de sodio al $\frac{7}{100}$ á la temperatura de 40° .

A las 9 de la noche.—Pulso, 120. Temperatura, $36^{\circ}5$. Los vómitos continúan. Hipo. Inyección de caféna y estriénina. Otro lavado peritoneal.

Abril 15, á las 2 a. m.—Las ropas de la cama de la enferma están muy mojadas por el escurrimiento de los tubos: tienen ligero olor urinario. Temperatura $36^{\circ}7$. Pulso 100. Inyección de 500 gramos de suero artificial.

A las 10 a. m.—Estado general, mejor. No hay vómitos. El hipo, aunque disminuído, persiste. Temperatura, $36^{\circ}6$. Pulso, 105. Nuevo lavado peritoneal. Purgante de calomel. Lavatorios del recto con solución de permanganato de potasa.

A las 8 p. m.—Ha tenido dos evacuaciones verdosas. Ligeros cólicos intestinales. Buen semblante. Temperatura, $36^{\circ}7$. Pulso, 120. Continúan los tubos vaginales dando bastante escurrimiento de olor urinario. Inyecciones de estriénina y de suero artificial.

La enferma continúa mejorando: los lavados peritoneales se prolongan hasta el 20 de Abril; le retiro los tubos vaginales el 4 de Mayo, y el 25 de Mayo abandona la cama.